



Oficina del  
 Procurador General de Arkansas  
 Dustin McDaniel

**Aplicación Para la Compensación de Víctimas de Delitos  
 Junta de Compensación a Víctimas de Delitos de Arkansas**

323 Center Street, Suite 200  
 Little Rock, Arkansas 72201  
 (501) 682-1020 o 1-800-448-3014

Solicitud No. \_\_\_\_\_

Aplicación distribuída por: \_\_\_\_\_

**(Solicitud revisada Febrero, 2004)**

Esta aplicación dirigida a la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos Violentos debe llenarse en su totalidad. Aplicaciones incompletas serán devueltas sin ser procesadas. Si necesita ayuda para llenar esta aplicación, por favor llame a la Oficina del Procurador General al 1-800-448-3014 ó al (501) 682-1020. Usted no necesita tener abogado para solicitar o recibir los beneficios de la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos. Toda correspondencia será enviada a la dirección abajo indicada, a menos de que usted especifique que desea ser contactado en otra dirección o número de teléfono. Por favor, notifique a nuestra oficina si cambia de dirección o número de teléfono.

**■ Sección A – Información de la Víctima/Solicitante** (Llene una aplicación diferente por cada víctima)

Nombre de la Víctima	Sexo	Fecha de Nacimiento
	M/F	(mes/día/año)

Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal	Edad al momento del Incidente
-----------	-----------------------------	-------------------------------

Teléfono (casa)	Teléfono (trabajo)	Estado Civil	Número de Seguro Social
( )	( )		

¿Ha sido la víctima acusada de algún crimen? ¿En cuál Estado y Condado?

No    Si        Estado                    Condado        Explique brevemente la condena (mes/año/delito)

---

-----

La persona arriba mencionada es considerada víctima porque:

Ha sufrido lesiones personales o falleció como consecuencia de un delito violento.     Si     No

Es adulto o menor de edad que depende de la víctima (incluyendo hijos adoptados)     Si     No

Es el esposo/a, padre/madre, hijo/a, hermano/a o abuelo/a de una víctima difunta, la víctima es un menor, o víctima de abuso sexual.     Si     No

Vivía (al momento en que ocurrió el delito) en la misma residencia que la víctima difunta.  
 Si     No

Descubrió el cuerpo de una víctima de homicidio.     Si     No

-----

\*\* La siguiente información de la víctima será usada para propósitos estadísticos solamente y es necesaria de acuerdo con normas federales.

Grupo étnico:

Caucásico     Afro/Americano     Hispano o Latino     Indio Americano/ Nativo de

Alaska     Asiático     De las Islas del Pacífico

¿Quién le refirió al Programa de la Junta de Compensación?

Trabajador Social de la Víctima     Fiscal     Hospital     Funeraria

Agencia de Policía     Folleto/Volante     Medios de Comunicación     Otro

-----

Llene esta sección únicamente si Usted está presentando esta solicitud, y no es la persona arriba mencionada.

Nombre del Solicitante

Sexo    Fecha de Nacimiento    Relación con la Víctima  
M / F        (mes/día/año)

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Edad al momento del incidente

---

Teléfono (casa)                      Teléfono (trabajo)                      Estado Civil                      Número de Seguro Social  
(   )                                      (   )

---

¿Ha sido el solicitante acusado de algún crimen? Si contesto afirmativamente: ¿En qué estado y condado? Describa brevemente la condena (mes/año/delito)

No                      Si                      Estado                      Condado

---

A quién podemos contactar aparte de la víctima o solicitante.  
Nombre                                      Dirección                                      Teléfono  
(   )

---

-----

■ **SECCION B – Información del Delito**

*Nota: Esta aplicación debe ir acompañada de una copia del reporte de la policía.*

Tipo de crimen:

\_\_\_ Abuso Doméstico (Esposo/a)      \_\_\_ Asalto (no familiar)      \_\_\_ Abuso Sexual a un adulto  
\_\_\_ Abuso sexual a un menor por un miembro de la familia      \_\_\_ Abuso sexual a un menor por un extraño  
\_\_\_ Abuso físico a un menor      \_\_\_ Homicidio      \_\_\_ (DWI) Conducir ebrio/Colisionar y huir  
\_\_\_ Otro

---

-----

¿Se sometió la víctima a un examen de abuso sexual?      \_\_\_ Si      \_\_\_ No

Nombre y Dirección del Hospital: \_\_\_\_\_

---

-----

Fecha en que ocurrió el delito \_\_\_\_\_ Fecha en que el delito fue reportado \_\_\_\_\_

Hora del reporte \_\_\_\_\_

Dirección del lugar donde ocurrió el delito: \_\_\_\_\_

Breve descripción del delito: \_\_\_\_\_

---

¿Fue el delito reportado a las autoridades correspondientes durante las siguientes 72 horas?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

Si no fue reportado, explique por qué \_\_\_\_\_

¿A que agencia se reportó? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador social o agencia encargada de su caso: \_\_\_\_\_

¿Quién reporto el incidente a las autoridades correspondientes? \_\_\_\_\_

Nombre del agresor o perpetrador y sus cómplices (Si los conoce)

---

¿La víctima conocía al agresor? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si contestó afirmativamente, explique de qué manera.

---

¿La víctima vivía con el agresor al momento del incidente? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Ha sido el agresor acusado ante un tribunal? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si contesto afirmativamente, indique el número de caso \_\_\_\_\_

¿Cuál tribunal? \_\_\_\_\_

¿Ha entablado o intenta entablar una demanda civil? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si contesto afirmativamente, indique el nombre y dirección del abogado:

---

-----  
**■ SECCION C – Petición de Tratamiento Medico / Consejero de Salud Mental**

Marque aquí si esta sección no aplica a la víctima/solicitante en este momento.

-----  
**Nota:** Además de completar esta sección, usted también debe incluir copias de todas las facturass médicas, de consejero de salud mental u otros gastos incurridos.

Pido restitución por:

\_\_\_ Tratamiento médico \_\_\_ Tratamiento Dental \_\_\_ Consejero de Salud Mental  
\_\_\_ Cuidado especial de la víctima o menores a cargo de la víctima (guardería, cuidados de convalecencia, etc.) \_\_\_ Lentes, aparato para el oído, u otro artículo necesario para la salud de la víctima

Indique cualquier discapacidad física que la víctima poseía antes del incidente:

\_\_\_\_\_

Describa brevemente las lesiones sufridas como resultado del delito:

\_\_\_\_\_

Enumere todos los gastos médicos incurridos como resultado de de las lesiones sufridas durante el delito, incluya gastos médicos, hospitalarios, psicológicos, de ambulancia y medicinas. Incluya un estado de cuentas o recibos que haya recibido a la fecha de hoy.

**Nota: Estado de cuentas o facturas deben ser incluidos para poder procesar la solicitud.**

Nombre de la Institución	Dirección	Ciudad/Estado Código Postal	Teléfono	Cantidad adeudada o pagada
--------------------------	-----------	--------------------------------	----------	-------------------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adjunte hojas adicionales si es necesario. ¿Habrás más facturas médicas? \_\_\_Si \_\_\_No  
\_\_\_No está seguro

¿Fueron pagadas algunas de las facturas o serán pagadas a través de alguno de los siguientes recursos?

Recurso	Si	No	Cantidad	Número de cuenta
Usted mismo	___	___	\$ _____	_____

Seguro Médico                    \_\_\_\_ \_\_\_\_                    \$ \_\_\_\_\_

Medicare/Medicaid            \_\_\_\_ \_\_\_\_                    \$ \_\_\_\_\_

Compensación a trabajadores  
(Workers Compensation)        \_\_\_\_ \_\_\_\_                    \$ \_\_\_\_\_

Administración de Veteranos    \_\_\_\_ \_\_\_\_                    \$ \_\_\_\_\_

Seguro de automóvil            \_\_\_\_ \_\_\_\_                    \$ \_\_\_\_\_

Restitución de caso Civil        \_\_\_\_ \_\_\_\_                    \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de su Seguro Médico: \_\_\_\_\_  
 No. de Póliza \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de su seguro de auto \_\_\_\_\_  
 No. De Póliza \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

-----

**■ Sección D – Petición por la pérdida de salario**

Marque aquí si esta sección no aplica a la víctima/solicitante en estos momentos

Nota: Para ser elegido por la pérdida de salario, la víctima debía estar empleada al momento del incidente. Incluya copia de su talonario de cheque más reciente. Si usted es trabajador independiente, debe incluir copias de sus declaraciones de impuestos de los últimos tres (3) años, para que sus ingresos puedan ser determinados en la forma más exacta posible. También incluya nombre completo y dirección del médico que pueda confirmar el período de su incapacidad médica, o incluya copia de la dispensa de trabajo.

Desea solicitar reembolso por la pérdida de salario \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  
 Nombre de la Compañía donde trabaja \_\_\_\_\_  
 Persona a contactar/No. de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_  
 Días de ausencia laboral por lesiones sufridas: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos días estuvo ausente en total? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas estuvo ausente en total? \_\_\_\_\_  
 ¿Salario por Hora? \_\_\_\_\_  
 Recibió o recibe ingresos mientras este ausente de su trabajo. \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  
 Si contesto afirmativamente, conteste lo siguiente:

	Cantidad semanal	Desde (fecha)	Hasta (fecha)
Compensación Laboral (Workers Compensation)	\$ _____	_____	_____

Compensación por Desempleo \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro por pérdida de salario \$ \_\_\_\_\_  
 Vacación \$ \_\_\_\_\_  
 Ausencia por enfermedad \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro de sindicato \$ \_\_\_\_\_  
 Otro \$ \_\_\_\_\_

-----

**■ Sección E – Petición de gastos funerarios y/o de entierro**

Marque aquí si esta sección no aplica a la víctima/solicitante en este momento

-----

**Nota: Incluya copias de los gastos funerarios y el certificado de defunción con esta aplicación.**

¿Está usted solicitando ayuda para gastos funerarios de una víctima fallecida? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Nombre de la funeraria \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Costo total de los servicios del funeral \$ \_\_\_\_\_

¿Ha sido el costo del funeral pagado? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

¿Fue el costo del funeral pagado por alguno de los siguientes recursos? Si contesta afirmativamente, especifique las cantidades pagadas:

Seguro Social	Seguro funerario	Seguro de Vida	Seguro de Veterano
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otro \$ _____			

Donaciones	Familiares/Amigos	Nombre/Relación/Dirección del familiar o individuo
\$ _____	\$ _____	_____
		_____
		_____

Nombre de la compañía de Seguro de Vida o de Fallecimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_

¿Quién recibió los beneficios? \_\_\_\_\_ Relación con la víctima \_\_\_\_\_

-----

**■ Sección F – Petición por la pérdida de manutención**

Marque aquí si esta sección no aplica a la víctima/solicitante en este momento.

-----

Nota: Debe incluir copias de las 3 últimas declaraciones anuales de impuestos de la víctima fallecida. También debe incluir carta de la Administración de Seguro Social dónde le niegan o le aprueban los beneficios de manutención. Usted debe tener la custodia legal del menor para solicitar manutención en su nombre y debe presentar prueba de guardia custodia.

¿Está usted solicitando restitución por la pérdida de manutención como consecuencia del fallecimiento de la víctima?  Si  No

La Junta de Compensación a Víctimas de Crímenes puede otorgar restitución por la pérdida de manutención a los dependientes de la víctima fallecida que estaba empleada al momento del incidente. El solicitante de la pérdida de manutención debe tener la custodia legal del menor por el cual se están solicitando los beneficios. Complete la siguiente sección para ser considerado para recibir restitución por la pérdida de manutención.

Nombre de los dependientes	Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	Relación con la Víctima
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Recibe o recibió ingresos de alguna de los siguientes recursos?  Si  No

	Cantidad Mensual
Seguro Social	\$ _____
Bienestar Social (Welfare)	\$ _____
Asistencia a menores	\$ _____
Programa de discapacidad del Seguro Social	\$ _____
Otro	\$ _____

-----  
**■ Sección G – Petición de asistencia para gastos incurridos por la limpieza de la escena del delito**

Marque aquí si esta sección no aplica a la víctima/solicitante en este momento

-----

**Nota: Solamente sobrevivientes/dependientes de víctimas de homicidio pueden solicitar asistencia para gastos incurridos en la limpieza de la escena del crimen. Recibos de gastos o comprobantes deben ser incluidos.**

“Limpieza de la escena del crimen” significa remover o tratar de remover de la escena del crimen sangre, tierra, manchas, u otros residuos causados durante el crimen o durante su investigación. Gastos razonables incluyen, pero no se limitan a, artículos de limpieza, renta de equipo, labor, o remover basura, substancias o artículos peligrosos. La escena del crimen puede ser un edificio, casa o un vehículo; sin embargo, se hace distinción entre limpiar la escena del crimen y restitución de los artículos afectados. La restitución de artículos afectados esta prohibida.

¿Está usted solicitando la restitución de gastos incurridos por la limpieza de la escena del delito?  
 Si  No

¿Se contrató alguna agencia para la limpieza de la escena del crimen?

\_\_\_Si \_\_\_No\_\_\_

¿Tiene recibos u otros documentos que demuestren los gastos incurridos en la limpieza de la escena del crimen?

\_\_\_Si \_\_\_No

---

■ **Sección H – Gastos Adicionales**

Podría haber otros gastos que apliquen para el reembolso del programa de la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos. Usted puede hablar con un representante de la Junta para determinar si sus gastos son reembolsables. Algunos de los gastos que pueden ser objeto de reembolso incluyen, pero no se limitan a:

- Compra e instalación de cerraduras y ventanas después de una agresión sexual o abuso doméstico ocurrido en la residencia de la víctima.
- Gastos de viaje y hospedaje necesarios para asistir a juicio o trámites legales relacionados con el incidente.
- Trámites para la custodia de menores después del fallecimiento de la víctima.

**Todos los Solicitantes deben firmar**

(Lea antes de firmar)

**Certificación de la Solicitud:** Yo certifico, bajo pena de multa y encarcelamiento, que la información contenida en esta aplicación es verdadera y correcta según el mejor de mis conocimientos. Entiendo que si presento una solicitud falsa, hago falsas declaraciones, proporciono información falsa o no declaro todas las circunstancias necesarias para la revisión de esta petición, yo puedo perder el derecho de hacer esta solicitud posteriormente. **Nota:** A.C.A. § 16-90-70-704 y ACVRB Regla No. 16 establece que suministrar falsa información para recibir indemnizaciones es un delito grave de Clase D.

**Devolución de Pago al Programa de Compensación a Víctimas de Delitos:** Usted debe regresar el dinero que la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos le haya otorgado si usted recibe ayuda o pago por parte del perpetrador (indemnización o acción civil), seguro, u otro tipo de agencia privada o de gobierno como reembolso por lesiones o fallecimiento, después de que la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos le otorgara ayuda económica.

**Acuerdo de Subrogación:** Estoy de acuerdo en notificar a la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos en caso de que otros beneficios me sean otorgados como pago por los mismos gastos por los cuales yo recibí compensación de la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos. También estoy de acuerdo en ser el fideicomisario de la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos de cualquier beneficio que yo reciba y que debe ser regresado a la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos en la misma cantidad que la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos me otorgó.

\_\_\_\_\_

Firma de Solicitante/Demandante

\_\_\_\_\_

Fecha

Relación/parentesco con la víctima, si el solicitante no es la víctima misma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**AVISOS IMPORTANTES**

**REGLA SUPLEMENTAL** - De acuerdo con ACVRB Regla No. 24, una vez que la solicitud es aprobada, los gastos adicionales (llamados gastos suplementales), deben ser presentados al programa dentro de los noventa (90) días siguientes de inicio del tratamiento o pago por otro medio para que sean considerados.

**OBLIGACION FINANCIERA** - De acuerdo con ACVRB Regla No. 25, pagos a víctimas/solicitantes elegibles no serán otorgados si la víctima/solicitante tiene que hacer pagos ordenados como consecuencia de una condena criminal. Tales obligaciones financieras incluyen pagos por libertad condicional.

**CANTIDAD MAXIMA A PAGAR** – De acuerdo con la ley de Arkansas Code Annotated 16-90-702. La compensación máxima que puede ser otorgada a una víctima es de \$ 10,000.00. Sin embargo, las víctimas cuyas lesiones sean catastróficas y resulten en total y permanente incapacidad, pueden ser compensadas por una cantidad máxima permitida de \$ 25, 000.00. La Junta también ha establecido cantidades máximas para gastos que resulten elegibles a través de sus regulaciones.

La Junta de Compensación a Víctimas de Delitos no se hace responsable por ningún gasto incurrido, hasta que la decisión final de la solicitud sea emitida y la víctima/solicitante haya cumplido con las condiciones impuestas por la Junta. Esta solicitud no es una garantía de pago, la víctima/solicitante es responsable por los gastos incurridos como consecuencia del delito. También, la víctima/solicitante es responsable de informar a sus acreedores de las decisiones tomadas por la Junta.

**AUTORIZACION PARA EL USO O DIVULGACION DE INFORMACION**  
**Para uso exclusivo de esta oficina: ACVRB Solicitud # \_\_\_\_\_**  
**Víctima: \_\_\_\_\_**

**Voluntariamente doy mi autorización para que mi información sea dada a conocer (esto incluye de manera escrita, comunicación oral e intercambio de correo electrónico).**

**I. INFORMACION REFERENTE A:** Información de mi salud recopilada en expedientes o archivos médicos, etc. esto incluye, graficas, notas, rayos X, reportes de operaciones, análisis de laboratorio, prescripciones y toda mi información médica, incluyendo todos lo medicamentos que se me han prescrito, diagnósticos, exámenes médicos, los resultados de estos exámenes, pronósticos y tratamientos de cualquier tipo de condiciones físicas, incluyendo: VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) u otros síndromes o síntomas, conductas o condiciones asociadas con alguna enfermedad, enfermedades contagiosas, desordenes, enfermedades de transmisión sexual, información y resultados de exámenes genéticos, información de abuso doméstico, información del uso de alcohol, drogas, u otras sustancias; incluyendo información de terapias o tratamientos, reportes del estado mental, psicológico o psiquiátrico incluyendo diagnosis, tratamientos a seguir y medicamentos recetados (incluyendo notas hechas durante sesiones dadas por un consejero de ayuda mental en las que se analiza o documenta las conversaciones durante la terapia)

**II. DE QUIEN SE NECESITA LA INFORMACION:** Doctor, practicante de medicina, clínica o persona, institución u organización médica que me ha dado tratamiento o ha consultado con otras autoridades médicas acerca de mi salud durante los últimos \_\_\_\_\_ años. Las personas mencionadas a continuación y que me dieron servicios médicos tal vez tengan en su expediente información del delito del cual yo fui objeto, pero no debe ser esta lista considerada como la única fuente de información de mi historia médica.

---

---

---

---

---

---

---

---

**III A QUIEN SE PROPORCIONA:** Agentes o empleados encargados del Programa de Compensación a Víctimas de Delitos de la Oficina del Procurador General.

**IV. CUAL ES EL OBJETIVO:** \_\_\_\_\_

**V. FECHA DE EXPIRACION:** Un año después de la fecha abajo indicada.

**VI. TAMBIEN ESTOY DE ACUERDO O COMPRENDO LO SIGUIENTE:**

- Autorizo el uso de una copia de esta solicitud (incluyendo copia electrónica) para los propósitos antes descritos.

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante carta escrita a la **Junta de Compensación a Víctimas de Delitos localizada en 323 Center Street, Suite 200, Little Rock, AR 72201** o enviando revocación por escrito a los doctores o instituciones que tienen mi información médica. Esta revocación no será efectiva si los doctores o instituciones a quienes se les envíe la revocación ya han suministrado la información requerida por la Junta de Compensación a Víctimas de Delitos.
- Todos los acuerdos que he firmado para restringir la divulgación de mi información médica quedan sin efecto para los propósitos de esta solicitud, doy instrucciones a las personas y organizaciones arriba mencionadas para que den a conocer toda información pertinente a mis expedientes sin ninguna restricción.
- Un proveedor de servicios de salud o plan de salud sujeto a las leyes federales de privacidad HIPAA, no pueden negarme sus servicios si me rehúso a firmar esta autorización.
- Información proporcionada por un doctor o seguro médico sujeto a las leyes federales de privacidad HIPAA, dejaría de estar sujeto a estas leyes una vez que la información haya sido revelada al Programa de Compensación a Víctimas de Delitos, el Programa de Compensación a Víctimas de Delitos puede a su vez revelar esta información siempre y cuando este permitido por la ley.

Entiendo que yo, o mi representante tenemos el derecho de recibir una copia de esta autorización

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha (Requerida)

\_\_\_\_\_  
Si el representante firmo, indique su relación con la víctima

\_\_\_\_\_  
Escriba con letra imprenta el nombre del solicitante Dirección/Ciudad/Estado/ Código Postal

\_\_\_\_\_  
Escriba con letra imprenta el nombre del representante Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal

**Es importante que usted anote los nombres de los doctores o instituciones en dónde la víctima incurrió en gastos como consecuencia del crimen y por los cuales usted está solicitando ayuda de la Junta Compensación a Víctimas de Delitos.  
Gracias.**